

# Accident médical, erreur humaine : en parler pour réagir

Quels sont les moyens à déployer pour éviter l'isolement des praticiens face à l'acte irréparable ? Comment éviter qu'ils ne commettent à leur tour l'irréparable ? « *Par la parole et l'écoute* », répond la psychologue Anne-Sophie Nyssen.



“  
Le passage à l'acte  
du suicide est plus  
fréquent chez les  
jeunes médecins.  
”

En janvier, un nourrisson est victime d'un accident au décours d'une intervention et l'hypothèse d'une erreur médicamenteuse est évoquée. Quatre mois plus tard, Éric Delous, un jeune et enthousiaste anesthésiste du CHU de Montpellier met tragiquement fin à ses jours. Après un tel drame humain, il est toujours délicat de réagir et l'émotion reste entière face à la douleur de deux familles et au double traumatisme de l'équipe médicale. Deux questions très différentes se posent : celle de la cause de l'accident (aléa ou erreur ? Personne ne peut l'affirmer avant expertise) et celle du suicide de notre jeune collègue. Si l'analyse du dossier médical revient à l'équipe médicale, aux pairs, aux experts et *in fine* à la justice, il est aussi du rôle d'un syndicat professionnel de travailler sur les moyens à mettre en œuvre pour que la seconde tragédie ne se reproduise plus.

■ Le SNPHAR-E s'est, bien sûr, interrogé sur les conditions qui ont entouré les trois mises à pied successives et de longue durée de notre confrère, à la suite de la suspicion d'erreur médicale. Nous pensons que ce collègue a été sanctionné, mais non protégé ; par la durée de son éviction administrative, il s'est retrouvé sans aucune protection ni recours. Or, nous savons tous que les accidents médicaux sont toujours multifactoriels,

que les expertises sont longues et complexes, que le lien de causalité est rarement unique et que la présomption d'innocence professionnelle doit être respectée. Il ne s'agit pas pour nous, ici, de stigmatiser quelques décideurs mal inspirés, mais d'identifier les situations à risque conduisant un collègue en difficulté à un geste ultime. Il nous faut définir les moyens à mettre en œuvre pour éviter un isolement toujours préjudiciable (y compris pour des décideurs, eux-mêmes placés dans une situation où toute décision prend par essence un caractère injuste et arbitraire, car solitaire).

■ Avec nos confrères libéraux du SNARF (Syndicat National des Anesthésistes Réanimateurs de France), nous avons immédiatement demandé la création d'une cellule nationale ou interrégionale, spécialisée dans la gestion des accidents médicaux. Cette structure pluridisciplinaire serait mobilisable à la demande des établissements comme à celle des personnels impliqués. Sensibilisé à la souffrance des médecins au travail grâce à la mise en place de notre observatoire, la réponse du ministère de la Santé a été positive. Reste à la mettre concrètement en œuvre.

PHAR-E a demandé son éclairage à Anne-Sophie Nyssen, docteur en psychologie à l'université de Liège (Belgique), responsable du laboratoire d'ergonomie cognitive et d'intervention au travail, et spécialiste de l'erreur humaine.

### Qui est le Dr Anne-Sophie Nyssen ?

Licenciée en psychologie du travail et docteur en psychologie, Anne-Sophie Nyssen a créé et développé le service d'ergonomie cognitive et d'intervention au travail de l'université de Liège (Belgique). Elle est aussi directrice de recherche au Centre de simulation d'anesthésie à l'Hôpital militaire de Bruxelles. Dans le cadre de ses travaux, elle s'est penchée sur l'étude de l'erreur humaine et, en particulier, l'analyse des incidents et accidents d'anesthésie.

### Après un accident médical, quelle prise en charge préconisez-vous pour le personnel soignant ?

**Anne-Sophie Nyssen :** Dans le cadre de mes recherches sur les erreurs médicales, j'ai été amenée à interroger des anesthésistes sur le sujet. Plus de 80 % d'entre eux répondaient qu'ils auraient aimé pouvoir en parler simplement. Ils auraient souhaité que le service ou le département organise cette communication. Manifestement, la parole autour d'un tel événement est une chose peu courante à l'hôpital et n'y est pas prévue. Cette absence est la porte ouverte aux rumeurs et aux bruits de couloirs qui peuvent être dévastateurs pour les personnels médicaux et conduire au drame. En Belgique, même si ce n'est pas forcément la conséquence d'une suspicion d'erreur, nous estimons qu'un jeune médecin se suicide chaque année.

### Quel est le profil de ces médecins qui en arrivent à se suicider ?

**Anne-Sophie Nyssen :** Le passage à l'acte du suicide, le *burn out* et/ou la dépression sont plus fréquents chez les jeunes médecins. Ils ont moins d'expérience et donc moins de stratégies de « coping » pour faire face au décès d'un patient. Un professionnel avec 15 ans d'expérience gèrera différemment la situation ; il pourra s'appuyer sur ses collègues, son entourage qui lui gardera en général sa confiance. Quand vous débutez votre carrière, vous disposez rarement d'un tel soutien social.

### Cette situation impose-t-elle aux plus anciens un devoir d'entraide envers les plus jeunes ?

**Anne-Sophie Nyssen :** Certainement, mais cela impose surtout à l'hôpital de prévoir un plan de gestion de crise.

Les crises génèrent un enchaînement d'événements. Celle qui survient après un « accident patient » peut avoir des conséquences dans d'autres domaines et générer d'autres crises : un profond malaise ou un doute au sein de l'équipe médicale et parfois un emballement médiatique. Dans les hôpitaux, belges en tout cas, de tels plans pour de telles crises sont rarement prévus. Quand ils existent, en général, c'est que les hôpitaux ont déjà expérimenté de telle crise. Ce type de plan inclut une procédure de communication vers l'extérieur, mais aussi vers l'intérieur de l'hôpital. Cette communication doit englober le patient et sa famille, les personnels médicaux et soignants, mais aussi l'ensemble de l'hôpital en cas de crise médiatisée.

### Avez-vous déjà participé à de telles enquêtes ?

**Anne-Sophie Nyssen :** Effectivement. J'ai été appelée par un hôpital pour réaliser une enquête à la suite d'un accident. La demande en avait été faite par le chef de service et acceptée par la direction. Les personnels médicaux et soignants y étaient favorables. La famille en a été immédiatement informée. Elle a très bien perçu le message. Elle a d'ailleurs accepté ensuite une médiation. Je pense que cela a joué.

### L'intervention d'une équipe spécialisée multidisciplinaire dans la gestion des risques, la prise en charge psychologique et les aspects juridiques est-elle utile ?

**Anne-Sophie Nyssen :** Le plan de gestion de crise doit, en effet, être géré par une équipe multidisciplinaire. Cette équipe doit, notamment, clairement baliser le chemin de l'écoute, c'est-à-dire rappeler les différents échelons où le personnel peut être écouté : le chef de service, la direction, les psychologues de l'hôpital, mais aussi des psychologues extérieurs.

### Quelles sont les autres mesures à prendre pour prévenir de tels drames ?

**Anne-Sophie Nyssen :** L'organisation de réunions *Morbidity & Mortality*, rebaptisées « sécurité », doit permettre aux médecins d'exposer, par exemple mensuellement, une situation ou un problème rencontré au sein du service ou au bloc opératoire. Le fait de parler d'une manière structurée et bien cadrée, dans le respect des personnes, peut aider ces personnes à travailler plus sereinement par la suite. Si l'objectif de ces réunions est une amélioration de la sécurité des patients, elles peuvent aussi aider les personnels à mieux vivre « l'après accident ». Il faut que la direction médicale, le chef de service et les animateurs de ces réunions acquièrent les bonnes techniques de communication. Les questions doivent permettre un apprentissage et ne pas se résumer à « pourquoi

“ Un accident est le résultat de plusieurs facteurs. Rien ne sert de montrer du doigt une seule personne. ”

as-tu fait ça ? ». Le simulateur d'anesthésie pleine échelle peut être aussi un bon outil pour confronter un médecin à l'imprévu. Lorsque le débriefing est bien mené, le médecin peut utiliser l'expérience acquise pour mieux vivre une situation à venir.

“ **Le rôle de l'équipe est primordial dans le processus de résilience.** ”

### **Après un accident médical, pensez-vous nécessaire ou délétère de soustraire les personnes impliquées de leur milieu professionnel ?**

**Anne-Sophie Nyssen :** La première réaction est souvent de soustraire le professionnel de son lieu de travail. Cela permet d'apaiser la famille de la victime, mais aussi la personne impliquée dans la suspicion d'accident. Cette mise à l'écart professionnelle temporaire n'est d'ailleurs pas forcément mal vécue par l'intéressé. Il est important, cependant, que cette mise à l'écart soit associée à un processus de compréhension et d'analyse des faits. Un accident est le résultat de plusieurs facteurs. Rien ne sert de montrer du doigt une seule personne. C'est une compréhension profonde de l'ensemble des facteurs contributifs qu'il faut acquérir. C'est pourquoi il est fondamental de bien distinguer l'analyse de l'accident menée au sein de l'hôpital – dont l'objectif est l'amélioration de la sécurité – et l'enquête judiciaire – dont l'objectif est l'identification des responsabilités. Ce qui m'a frappée dans le drame de Montpellier, c'est la répétition de la mise à l'écart. Nous sommes dans une culture médicale d'hyperresponsabilisation, alors que le travail du médecin est collectif et s'inscrit dans une organisation du travail.

### **Comment un médecin confronté à un drame impliquant, par exemple, le décès d'un patient peut-il surmonter cette épreuve ?**

**Anne-Sophie Nyssen :** Je pense que le rôle de l'équipe est primordial dans le processus de résilience mobilisé dans ce cas. Parfois, on assiste à une mise à l'écart non seulement de la direction mais aussi des collègues. Celle-ci augmente encore la souffrance de la personne. Il est fondamental que l'organisation du travail crée des espaces de parole et d'écoute où les difficultés peuvent être abordées et le soutien social mobilisé.

*Propos recueillis par Alexandre DHORDAIN*

## **Soutenir un collègue** **Ce que les libéraux ont mis en place**

L'association ARRES (Anesthésie Réanimation Risques Et Solutions) a été créée par le SNARF (Syndicat National des Anesthésistes Réanimateurs de France) en 2001 afin d'aider les anesthésistes réanimateurs qui étaient, progressivement et sans raison objective, résiliés par leurs assureurs. La finalité de l'association est de mieux appréhender la réalité du risque afin de pouvoir le prévenir.

ARRES travaille en étroite collaboration avec l'ASSPRO (Association pour la Prévention du Risque Opératoire) qui est une association multidisciplinaire pour les spécialistes à risque assurés auprès du cabinet Branchet. Cette collaboration permet une synergie des moyens et concerne plus de 2 000 anesthésistes sur environ 2 800 libéraux.

La mission est double :

■ **une réflexion de fond sur les aspects préventifs**, basée notamment sur l'analyse des sinistres et l'organisation de journées de prévention du risque en anesthésie-réanimation. Des spécialistes des thèmes identifiés et des avocats spécialisés proposent des actions d'amélioration des pratiques. Ces journées sont validées par le CFAR (Collège Français des Anesthésistes Réanimateurs) dans le cadre de la gestion du risque nécessaire à la démarche d'accréditation. Elles sont ouvertes à tous les médecins anesthésistes réanimateurs, publics ou privés.

■ **un rôle concret et direct de soutien** aux anesthésistes devant faire face à un problème survenu au bloc opératoire. Ainsi, ce sont de nombreux confrères qui font, chaque année, appel à ARRES et/ou ASSPRO lorsque survient un problème au bloc opératoire. En fonction de la gravité de l'événement, les conseils concernent la gestion d'une éventuelle plainte du patient, mais lorsque l'accident est grave, il faut faire face à la détresse profonde exprimée par le médecin qui appelle.

Nous avons toujours à l'esprit que la pression liée à la charge de travail et au niveau de stress conduit, chaque année, de nombreux confrères à des gestes définitifs. Dans cet esprit, ASSPRO organise des journées de prévention du stress qui ne désespèrent pas.

**Tous les médecins anesthésistes réanimateurs, quels que soient leur mode d'exercice et leur assureur, peuvent être membres d'ARRES. Pourquoi ne pas imaginer une plateforme commune privé/public pour les collègues en détresse ?**

*Dr Patrick Georges YAVORDIOS,  
Président délégué d'ARRES*

Pour en savoir plus :  
<http://www.snarf.org/?index=5>  
<http://www.asspro.fr/>

À lire pour en savoir plus :

*Suicide et travail : que faire ?* Par Christophe Dejournet et

Florence Bègue. PUF, collection « Souffrance et théorie », 2009.